

Wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej rodzice bądź opiekun prawny)

Numer sprawy

Imię i nazwisko

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania*

Data urodzenia

Numer telefonu

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

POSIADANE ORZECZENIE**

a) o stopniu niepełnosprawności Znacznym Umiarkowanym Lekkim

b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów I II III

c) o całkowitej o częściowej niezdolności do pracy

o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym o niezdolności do samodzielnej egzystencji

d) o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia

KORZYSTAŁEM(AM) Z DOFINANSOWANIA DO UCZESTNICTWA W TURNUSIE

REHABILITACYJNYM ZE ŚRODKÓW PFRON ** **Tak**(podać rok)..... **Nie**

JESTEM ZATRUDNIONY/A W ZAKŁADZIE PRACY CHRONIONEJ ** **Tak** **Nie**

Imię i nazwisko

opiekuna

.....

(wypełnić, jeśli lekarz uznał konieczność pobytu opiekuna)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że **przeciętny miesięczny dochód**, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, **obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił**zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie niewłaściwych danych.

Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia.***

Oświadczenie:

1. Przyjmuję do wiadomości, że administratorem zebranych danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w.....
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym zgodnie z art. 35a ust. 1 pkt 7a ustawy z dnia 27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tj. Dz. U. 2011 r. Nr 127 poz. 721 ze zmianami).
3. Oświadczam, że znam prawo do wglądu, zmiany i żądania zaprzestania przetwarzania swoich danych.
4. Podanie danych jest dobrowolne.
5. Oświadczam, iż nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Nie byłam/em w ciągu trzech ostatnich lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
6. Uprzedzona/o o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r.- Kodeks Karny (Dz. U. z 2016 r. poz. 1137) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.
7. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

.....
data

.....
czytelny podpis wnioskodawcy lub opiekuna

Wypełnia PCPR

.....
data wpływu wniosku do PCPR

.....
pieczęć PCPR i podpis pracownika

* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** właściwe zaznaczyć

***dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne